



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,
Volumen 9, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA SECUNDARIA A HEMORRAGIA PUERPERAL POR ÚTERO DE COUVELAIRE: REPORTE DE UN CASO

**OBSTETRIC HYSTERECTOMY SECONDARY TO
PUERPERAL HEMORRHAGE DUE TO COUVELAIRE
UTERUS: A CASE REPORT**

Claudia Guadalupe De la Cruz Montero
Universidad Juárez Autónoma De Tabasco, México

Histerectomía Obstétrica Secundaria a Hemorragia Puerperal por Útero de Couvelaire: Reporte de un Caso

Claudia Guadalupe De la Cruz Montero¹

clauumontero@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-8057-9970>

Instituto Mexicano Del Seguro Social

Hospital General De Zona No. 46

Universidad Juarez Autonoma De Tabasco

Mexico

RESUMEN

La hemorragia puerperal representa una de las principales causas de morbilidad materna a nivel global, y su riesgo aumenta en presencia de trastornos hipertensivos del embarazo (Hossain, 2019). El útero de Couvelaire, una complicación infrecuente asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), se caracteriza por infiltración hemorrágica del miometrio, parametrio o peritoneo (Oyelese, 2006) (Tikkanen, 2011). Su diagnóstico generalmente ocurre durante el embarazo o en el transoperatorio, siendo rara su aparición en el puerperio, lo que dificulta la determinación del origen del sangrado (Pacheco, 2011). Se presenta el caso de una paciente de 26 años con preeclampsia con datos de severidad, que cursó con hemorragia puerperal secundaria a útero de Couvelaire en el puerperio inmediato. A pesar de que el desprendimiento placentario intraoperatorio fue mínimo y no se evidenció infiltración miometrial, la paciente desarrolló deterioro hemodinámico tardío, distensión abdominal y subinvolución uterina. Una laparotomía exploradora reveló infiltración hemorrágica del 80% del miometrio, lo que motivó la realización de histerectomía obstétrica. El reconocimiento oportuno del útero de Couvelaire es fundamental para la toma de decisiones terapéuticas, especialmente en pacientes con factores de riesgo como la preeclampsia (Habek, 2005). Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante signos de hemorragia oculta en el puerperio, incluso cuando los hallazgos iniciales parecen no sugerir complicaciones severas.

Palabras clave: puerperio, preeclampsia, hemorragia puerperal, útero de couvelaire, abruption placentae

¹ Autor principal

Correspondencia: clauumontero@hotmail.com

Obstetric Hysterectomy Secondary to Puerperal Hemorrhage due to Couvelaire Uterus: A Case Report

ABSTRACT

Background: Puerperal hemorrhage remains a major cause of maternal morbidity and mortality worldwide, particularly in patients with hypertensive disorders of pregnancy. Couvelaire uterus, an uncommon complication associated with placental abruption, involves hemorrhagic infiltration of the myometrium and may be difficult to diagnose during the puerperium due to its atypical presentation.

Case Presentation: We report the case of a 26-year-old woman with preeclampsia with severe features who developed puerperal hemorrhage secondary to Couvelaire uterus in the immediate postpartum period. Despite minimal placental abruption noted during cesarean delivery and absence of intraoperative myometrial infiltration, the patient later presented with hemodynamic deterioration, abdominal distension, and subinvolution of the uterus. Exploratory laparotomy revealed hemorrhagic infiltration affecting approximately 80% of the myometrium, prompting an obstetric hysterectomy. Postoperative recovery was favorable, with no major complications. Conclusion: Couvelaire uterus is a rare but potentially life-threatening cause of concealed puerperal hemorrhage. Patients with preeclampsia and placental abruption are at increased risk, and clinicians should maintain a high index of suspicion when faced with unexplained hemodynamic instability or uterine subinvolution during the puerperium. Early recognition and timely surgical intervention are critical to improving outcomes.

Keywords: couvelaire uterus, puerperal hemorrhage, preeclampsia, placental abruption, obstetric hysterectomy

Artículo recibido 30 noviembre 2025
Aceptado para publicación: 30 diciembre 2025



INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la hemorragia obstétrica ha sido reconocida como una prioridad de salud pública debido a su impacto directo en la mortalidad materna, particularmente en países de ingresos medios y bajos. Reportes recientes de la Organización Mundial de la Salud señalan que hasta el 27% de las muertes maternas a nivel mundial están relacionadas con hemorragia, siendo el puerperio inmediato el periodo de mayor riesgo (World Health Organization, 2023). La identificación temprana de causas no evidentes de sangrado, como la hemorragia intramiometrial oculta, resulta fundamental para evitar retrasos terapéuticos y desenlaces fatales, especialmente en pacientes con condiciones predisponentes como la preeclampsia y los trastornos de la coagulación asociados al embarazo (Say, 2021).

La hemorragia puerperal continúa representando una de las principales causas de muerte materna, particularmente en contextos donde coexisten factores de riesgo como los trastornos hipertensivos del embarazo (Hossain, 2019). La preeclampsia incrementa de manera significativa la probabilidad de desarrollar complicaciones obstétricas graves, entre ellas el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), evento que puede desencadenar alteraciones hemodinámicas de rápida progresión (Oyelese, 2006).

El útero de Couvelaire, también conocido como apoplejía útero-placentaria, constituye una complicación inusual del DPPNI y se define como la infiltración hemorrágica del miometrio que puede extenderse hacia el parametrio o superficies peritoneales (Tikkanen, 2011). Aunque su presencia no siempre altera la contractilidad uterina, puede enmascarar la gravedad del sangrado y dificultar el diagnóstico en el puerperio (Pacheco, 2011).

El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera continúa siendo una de las complicaciones obstétricas más estrechamente asociadas a eventos hemorrágicos graves y a resultados maternos adversos. Estudios recientes han reforzado la relación fisiopatológica entre la disfunción endotelial característica de la preeclampsia y el desarrollo de hemorragia placentaria, lo que explica la frecuente coexistencia de ambas entidades (Ananth, 2021). En este contexto, el útero de Couvelaire representa una manifestación extrema del sangrado decidual y miometrial, cuya presentación atípica en el puerperio puede pasar desapercibida si no se mantiene un alto índice de sospecha clínica.



Dada su baja frecuencia y el reto diagnóstico que representa, especialmente cuando se manifiesta de manera tardía, es relevante documentar casos de útero de Couvelaire en el puerperio. El presente reporte expone un caso ocurrido en una paciente con preeclampsia, resaltando los elementos clínicos clave, las decisiones terapéuticas y los puntos críticos en la sospecha y manejo.

Caso Clínico

Paciente femenina de 26 años, originaria de Tabasco, ama de casa, sin antecedentes crónico-degenerativos. Antecedentes ginecobstétricos: menarca a los 14 años, ciclos regulares, inicio de vida sexual a los 15 años, dos parejas sexuales, citología cervical normal en 2023. Gesta 2, con un parto previo eutócico hace seis años sin complicaciones. Cursa con embarazo de 34 semanas, datado por ultrasonido del primer trimestre, con control prenatal adecuado.

Motivo de referencia: cifras tensionales elevadas y proteinuria >300 mg/dl en examen general de orina. Se ingresa al área de tococirugía para clasificación de enfermedad hipertensiva. A su ingreso se inicia manejo con alfametildopa 500 mg cada 8 h y esquema de maduración pulmonar con betametasona. Se documentan estudios de laboratorio dentro de parámetros aceptables.

Tras 48 horas, ante descontrol tensional, se cambia manejo antihipertensivo a nifedipino 30 mg cada 12 horas e hidralazina 50 mg cada 8 horas. Posteriormente presenta cefalea persistente y epigastralgia, sugiriendo progresión de la enfermedad, por lo que se decide interrupción del embarazo vía abdominal con esquema de maduración completo.

Hallazgos transoperatorios de la cesárea: recién nacido femenino con Capurro de 35 semanas, peso 2445 g, talla de 45 cm, Apgar 8/9, oligohidramnios y meconio ++/+++. Se documenta DPPNI del 15%, ascitis de 200 ml y sangrado total de 900 ml debido a tejidos friables y atonía transitoria. Dos horas después presenta nueva atonía que cede a manejo escalonado, agregando 500 ml de sangrado (pérdida total 1600 ml).

En recuperación presenta dolor en herida quirúrgica, signos vitales con TA 99/59 mmHg, FC 120 lpm, índice de choque 1.2, y BH con Hb 6.1 g/dl, Hto 19% y plaquetas 92 mil/μl. Se administra hemotransfusión y es trasladada a terapia intensiva.

Tras la transfusión (3 paquetes globulares y 2 plasmas frescos), presenta Hb 9.7 g/dl e índice de choque 0.71.



Se mantiene con nifedipino, con buena evolución inicial. No obstante, a las 36 horas poscesárea presenta palidez, distensión abdominal, incremento del dolor, útero subinvolucionado y coágulos vaginales (~100 ml) sin sangrado activo. USG FAST identifica líquido libre que se considera ascitis; sin embargo, ante persistencia de hipotonía y progresión a choque se decide laparotomía exploradora.

Hallazgos quirúrgicos: útero aumentado de tamaño (20 × 16 × 12 cm), con infiltración hemorrágica del 80% compatible con útero de Couvelaire. (*Figura 1*) Sin hemoperitoneo. Anexos sin alteraciones. (*Figura 2*), Sangrado estimado 600 ml. Se decide histerectomía obstétrica. Transfusión de 2 paquetes globulares. Evolución posquirúrgica sin complicaciones inmediatas.

Ingresa nuevamente a cuidados intensivos con diagnóstico de hemorragia obstétrica masiva en remisión, útero de Couvelaire resuelto por histerectomía obstétrica, preeclampsia con datos de severidad, anemia normocítica normocrómica moderada y trombocitopenia. Cursa con cifras tensionales elevadas que requieren ajuste de antihipertensivos.

A las 48 horas postoperatorias presenta dolor y edema en extremidad inferior derecha, con llenado capilar retardado y pulsos disminuidos. El Doppler venoso descarta trombosis venosa profunda. Laboratorios con dímero D elevado (917 ng/mL), sin evidencia imagenológica de trombosis. Se decide manejo expectante y vigilancia por angiología.

La paciente evoluciona favorablemente con mejoría clínica, hemodinámica y de laboratorio. El reporte histopatológico describe: cervicitis crónica, decidua hemorrágica, miometrio hemorrágico y congestión vascular. Se otorga alta con Hb 9.6 g/dl, plaquetas 165 mil/μl y parámetros bioquímicos dentro de objetivos, indicándose manejo analgésico, antibiótico, hemátinico y seguimiento en consulta externa.

Figura 1



Figura 2



DISCUSION

El útero de Couvelaire es una complicación infrecuente del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), con una incidencia variable reportada entre 5% y 10% de los casos severos (Tikkanen, 2011). Sin embargo, con una alta mortalidad en su presencia, suele presentarse en el embarazo o durante el transoperatorio, mientras que su manifestación en el puerperio como ocurrió en este caso, es infrecuente y se puede retrasar o dificultar su reconocimiento del origen de la hemorragia. La infiltración hemorrágica del miometrio puede extenderse hacia el parametrio, generando el aspecto azul-violáceo característico; sin embargo, no siempre condiciona pérdida de la contractilidad uterina, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con otras causas de hemorragia puerperal.

Publicaciones recientes destacan que el diagnóstico del útero de Couvelaire continúa siendo predominantemente intraoperatorio, ya que los métodos de imagen convencionales presentan baja sensibilidad para detectar infiltración hemorrágica del miometrio. Incluso la ultrasonografía abdominal o el ultrasonido FAST pueden mostrar hallazgos inespecíficos o confundir el sangrado con ascitis fisiológica del puerperio, lo que incrementa el riesgo de retraso en la intervención quirúrgica (Sentilhes, 2021). Este fenómeno es particularmente relevante cuando la hemorragia permanece contenida dentro del miometrio y no se manifiesta con sangrado vaginal activo, como ocurrió en el presente caso.

En este caso, la paciente cursó con preeclampsia con datos de severidad, un factor conocido que incrementa el riesgo de DPPNI y, secundariamente, de desarrollar útero de Couvelaire. A pesar de que durante la cesárea se identificó un desprendimiento del 15% no se observaron datos de infiltración, la evolución posterior mostró progresión del sangrado interno con deterioro hemodinámico tardío, subinvolución uterina y distensión abdominal, elementos que orientaron hacia una hemorragia oculta (Habek, 2005) (Sibai, 2012).

La ausencia de líquido libre significativo en la ultrasonografía inicial contribuyó a retrasar la sospecha, lo cual coincide con reportes previos que señalan que la hemorragia miometrial puede no ser evidente por métodos de imagen. La decisión de realizar una laparotomía exploradora fue adecuada dada la progresión a choque y la falta de respuesta al manejo uterotónico. Durante la cirugía se corroboró la presencia de útero de Couvelaire con infiltración del 80%, encontrándose un sangrado predominantemente intramiometrial más que intraperitoneal.



El manejo conservador suele ser posible cuando la contractilidad uterina está preservada; sin embargo, en casos donde coexiste atonía, hemorragia persistente o compromiso hemodinámico, la histerectomía obstétrica es el tratamiento definitivo. En esta paciente, la presencia de hemorragia masiva, trombocitopenia secundaria a la preeclampsia y la progresión del estado de choque justificaron la intervención radical, concordando con lo descrito en la literatura para escenarios de alto riesgo.

Asimismo, la evolución posoperatoria se vio complicada por dolor y edema en extremidad inferior derecha, con elevación de dímero D, lo cual planteó el diagnóstico diferencial de trombosis venosa profunda. No obstante, el Doppler venoso descartó trombosis, atribuyéndose los síntomas a cambios inflamatorios locales y al estado hipercoagulable fisiológico del puerperio, lo que resalta la importancia de integrar clínica e imagen para evitar sobretratamiento anticoagulante.

El abordaje terapéutico del útero de Couvelaire debe individualizarse según la estabilidad hemodinámica materna, el deseo reproductivo y la coexistencia de coagulopatía o falla orgánica. Si bien se han descrito casos con manejo conservador exitoso, la evidencia reciente coincide en que la histerectomía obstétrica continúa siendo la estrategia más segura en escenarios de hemorragia masiva, choque hipovolémico o falta de respuesta al tratamiento médico (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021). En pacientes con preeclampsia severa, el umbral para una intervención quirúrgica definitiva debe ser bajo, dada la mayor probabilidad de deterioro clínico rápido y complicaciones maternas graves (Brown, 2020).

Este caso subraya la relevancia de considerar el útero de Couvelaire como causa de hemorragia puerperal oculta, especialmente en pacientes con preeclampsia y antecedente de DPPNI, incluso cuando los hallazgos intraoperatorios iniciales parecen mínimos. La reevaluación clínica continua, el uso de ultrasonido como herramienta de apoyo y la intervención quirúrgica oportuna son determinantes para reducir la morbilidad materna.

CONCLUSION

El útero de Couvelaire es una causa poco frecuente pero potencialmente grave de hemorragia puerperal, cuya identificación puede ser desafiante debido a la ausencia de signos tempranos específicos. La presencia de preeclampsia y DPPNI incrementa el riesgo de su desarrollo y debe alertar al clínico sobre la posibilidad de sangrado oculto.



Este caso ilustra la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante la persistencia de inestabilidad hemodinámica, subinvolución uterina o dolor abdominal progresivo en el puerperio, aun cuando la evaluación inicial sea aparentemente normal.

El manejo oportuno, basado en la reevaluación clínica dinámica y la toma de decisiones quirúrgicas adecuadas, resulta fundamental para evitar complicaciones mayores. La histerectomía obstétrica sigue siendo la opción terapéutica definitiva en casos con hemorragia miometrial masiva y compromiso hemodinámico. Documentar y difundir estos casos contribuye al reconocimiento temprano de esta entidad rara y a mejorar los resultados y disminuir la morbilidad materna.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de financiamiento

No hubo financiamiento externo.

Agradecimientos

A mi esposo, a mi hija y familia entera por su apoyo y comprensión durante la elaboración de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Postpartum hemorrhage: Practice Bulletin No. 183. *Obstetrics & Gynecology*, e1–e17.
- Ananth, C. V. (2021). Placental abruption and adverse maternal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 613–622.
- Brown, M. A. (2020). Hypertensive disorders of pregnancy. *Hypertension*, 17–38.
- Habek, D. J. (2005). Couvelaire uterus: A rare and extreme complication of abruptio placentae. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 429–431.
- Hossain, N. N. (2019). Couvelaire uterus: Still a rare entity? *Journal of the Pakistan Medical Association*, S87–S89.
- Oyelese, Y. C. (2006). Placental abruption. *Obstetrics & Gynecology*, 1005–1016.
- Pacheco, L. D. (2011). Massive obstetric hemorrhage: Definitions and clinical management. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 241–252.



- Say, L. D. (2021). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, e323–e333.
- Sentilhes, L. C.-T. (2021). Postpartum hemorrhage: Guidelines for clinical practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 18–29.
- Sibai, B. M. (2012). Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 470–475.
- Tikkanen, M. (2011). Placental abruption: Epidemiology, risk factors, and consequences. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 140–149.
- World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000–2020*. World Health Organization.

